**Formation**

**« Alimentation et activité physique : des intentions aux actions »**

Nom : ……………………………………………………………………..

Prénom : …………………………………………………………………

Fonction :………………………………………………………………..

Structure : ………………………………………………………………

Mail : ………………………………………………………………………

Tel : ………………………………………………………………………..

*Souhaite participer à la formation les 18, 23 et 30 mai 2017*

*au Pôle santé, 16 rue Alexandre Ribot à Brest*

Date et Signature :

Coupon à retourner, avant le 03 mai à :

Delphine Gouez, Service Promotion de la santé,

16 rue Alexandre Ribot, 29200 Brest

Ou [delphine.gouez@mairie-brest.fr](mailto:delphine.gouez@mairie-brest.fr)



**Formation**

**« Alimentation et activité physique : des intentions aux actions »**

Nom : ……………………………………………………………………..

Prénom : …………………………………………………………………

Fonction :………………………………………………………………..

Structure : ………………………………………………………………

Mail : ………………………………………………………………………

Tel : ………………………………………………………………………..

*Souhaite participer à la formation les 18, 23 et 30 mai*

*au Pôle santé, 16 rue Alexandre Ribot à Brest*

Date et Signature :

Coupon à retourner, avant le 03 mai à :

Delphine Gouez, Service Promotion de la santé,

16 rue Alexandre Ribot, 29200 Brest

Ou [delphine.gouez@mairie-brest.fr](mailto:delphine.gouez@mairie-brest.fr)

